Année 1972 *N°*

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

SAINT-ANTOINE

38

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Catherine PROT Née PIGANIOL

LE 23 MAI 1943 A PARIS (13E)

Préseniée et soutenue publiquement le 1972

A PROPOS D'UN CAS DE PERITONITE ENCAPSULANTE.

PRESIDENT : MONSIEUR BOUVIER, PROFESSEUR.

Editions de l'AGEMP

8, rue Dante-PARIS Ve

Année 1972 *N°*

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

SAINT-ANTOINE

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Catherine PROT Née PIGANIOL

LE 23 MAI 1943 A PARIS (13E)

Présentée et soutenue publiquement le 1972

A PROPOS D'UN CAS DE PERITONITE ENCAPSULANTE.

PRESIDENT : MONSIEUR BOUVIER, PROFESSEUR.

Editions de l'AGEMP

8, rue Dante-PARIS Ve

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

SAINT-ANTOINE

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Catherine PROT Née PIGANIOL

Née le 23 Mai 1943 à PARIS (13e)

Présentée et soutenue publiquement le

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A PROPOS D'UN CAS DE PÉRITONITE ENCAPSULANTE.

PRÉSIDENT : MONSIEUR SOUVIER, PROFESSEUR.

Editions de l'ASCMP
8, rue Denis-PARIS 6e

1-10-1971

UNIVERSITE PARIS VI

FACULTE DE MEDECINE SAINT-ANTOINE

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Professeurs titulaires

-:-:-:-:-:-:-:-

MM.	ANDRE R.	Hématologie
	BRISSAUD H.	Pédiatrie
	BROCARD R.	Médecine
	CAROLI J.	Médecine
	CATINAT J.	Cardiologie
	CERBONNET G.	Chirurgie
	CHERIGIE Ed.	Radiologie
	CHIGOT P.L.	Chirurgie infantile
	CONTAMIN Fr.	Neurologie
	CONTE M.	Médecine
	DAGUET L.	Bactériologie
	DEBRAY J.	Médecine
	FLABEAU F.	Chirurgie
	GERBEAUX J.	Thérapeutique
	GOSSET J.	Chirurgie
MM.	HUGELIN A.	Physiologie
	LAPLANE R.	Pédiatrie
	LE LORIER G.	Obstétrique
	LOEPER J.	Médecine expérimentale - Immunologie
	LOYGUE J.	Chirurgie
	MAROIS M.	Histologie
	MERGER R.	Obstétrique
	MILHAUD G.	Biophysique
	NICK J.	Neurologie
	ORCEL L.	Anatomie pathologique
	PERRAULT M.	Médecine
	POLONOVSKI Cl.	Pédiatrie
	POLONOVSKI J.	Biochimie
	RICHET G.	Néphrologie
	WOLFROMM R.	Médecine

Professeurs sans chaire

-:-:-:-:-:-:-:-

MM.	BRICOUT F.	Bactério-Virologie
	CHALUT J.	Radiologie
Mme	CHAPUT A.	Stomatologie
MM.	DUHAMEL G.	Hématologie
	GIRARD F.	Physiologie
MM.	GOLVAN Y.J.	Parasitologie
	LESTRADET H.	Pédiatrie
	PICARD J.	Biochimie
	ROUX Ch.	Embryologie

.../...

UNIVERSITE PARIS VI

FACULTE DE MEDECINE SAINT-ANTOINE

Professeurs titulaires

M.	ANDRE R.	Hématologie	
	BRISSAUD H.	Pédiatrie	
	BROCARD R.	Médecine	
	CAROLI J.	Médecine	
	CATINAT J.	Cardiologie	
	CERBONNET O.	Chirurgie	
	CHERIGIE Ed.	Radiologie	
	CHICOT F.L.	Chirurgie infantile	
	CONTAMIN Fr.	Neurologie	
	COUTE M.	Médecine	
	DAGUET L.	Bactériologie	
	DEBRAY J.	Médecine	
	FLABEAU F.	Chirurgie	
	GERSEAUX J.	Thérapeutique	
	GOSSET J.	Cancérologie	
MM.	HUGELIN A.	Physiologie	
	LAPLANE R.	Pédiatrie	
	LE LORIER G.	Obstétrique	
	LOEPER J.	Médecine expérimentale - Immunologie	
	LOYGUE J.	Chirurgie	
	MARGIS M.	Histologie	
	MERGER R.	Ophtalmologie	
	MILLIAUD G.	Biophysique	
	MOCK J.	Neurologie	
	ORCEL L.	Anatomie pathologique	
	PERRAULT M.	Médecine	
	POLONOVSKI Cl.	Pédiatrie	
	POLONOVSKI J.	Biochimie	
	RICHET G.	Physiologie	
	WOLFROMM R.	Médecine	

Professeurs sans chaire

MM.	BRICOUT F.	Bactério-Virologie	
	CHALUT J.	Radiologie	
	CHAPOT A.	Stomatologie	
	CUNAMEL G.	Hématologie	
	DIBARD E.	Physiologie	
MM.	GOLVAN Y.J.	Parasitologie	
	LESTRADET H.	Pédiatrie	
	PICARD J.	Biochimie	
	ROUX Ch.	Embryologie	

Maîtres de Conférences

-:-:-:-:-:-:-:-

MM.	AKOUN G.	Médecine	MM.	LASFARGUES G.	Pédiatrie
	ARDAILLOU R.	Physiologie		LAUGIER A.	Radiologie
	BAUX S.	Chirurgie		LEVY V.G.	Médecine
	BOURY G.	Chirurgie		MALAFOSSE M.	Chirurgie
	CHEYMOL G.	Pharmacologie		MENSCH B.	Biophysique
	CHOUARD Cl.	O. R. L.		MERY J.Ph.	Néphrologie
	CLOAREC M.	Médecine	Mme	MIGNON Fr.	Néphrologie
Mme	COMBRISSON A.	Hématologie	MM.	OPOLON J.	Médecine
MM.	COSCAS G.	Ophtalmologie		PAQUELIN Fr.	O. R. L.
	DAUTRY P.	Chirurgie		PIERON R.	Médecine
	DELIGNE P.	Anesthésiologie		PISSARRO B.	Médecine préventive
	DOYON D.	Radiologie		POULET J.	Médecine
	DRY J.	Médecine		RAMPINI Cl.	Biochimie
	FOUET P.	Thérapeutique		RICHARDET J.M.	Pédiatrie
	GAUTIER H.	Physiologie		ROLAND J.	Anatomie pathologique
	GRUNER M.	Chirurgie infantile		SALAT J.	Obstétrique
	GUILMET Cl.	Anesthésiologie		SALMON Ch.	Hématologie
	GUIRAUDON G.	Anatomie		SANTARELLI J.	Obstétrique
	HERMAN D.	Médecine		WARGON H.	Médecine expérimentale
	HUGUET Cl.	Chirurgie		WEINMANN S.	Biochimie
	HUGUIER M.	Chirurgie			

Enseignants Associés

-:-:-:-:-:-:-:-

Professeur Associé	MM.	BLOCH-MICHEL H.	Rhumatologie
M. C. A. Associé		ELIAKIS Em.	Médecine légale

.../...

Maîtres de Conférences

-:-:-:-:-:-:-:-:-

ARNOUX G.	Médecine	MM.	LASTARGUES C.	Pédiatrie
ARNOULLOU R.	Physiologie		LAUGIER A.	Radiologie
BAUX S.	Chirurgie		LEVY V.G.	Médecine
BOURY G.	Chirurgie		MALAPRESSE M.	Chirurgie
CHEYMOL G.	Pharmacologie		MENSCH B.	Biophysique
CHOUARD Cl.	O. R. L.		MERY J. Ph.	Néphrologie
CLOAREC M.	Médecine	Mme	MIGNON Fr.	Néphrologie
COMBRISSON A.	Hématologie	MM.	OPOLON J.	Médecine
COSCAS G.	Ophtalmologie		PADUELIN Fr.	O. R. L.
DAUTRY P.	Chirurgie		PIERON R.	Médecine
DELIGNE P.	Anesthésiologie		PISSARRO B.	Médecine préventive
DOYON D.	Radiologie		POULET J.	Médecine
DRY J.	Médecine		RAMPIN Cl.	Biochimie
FOURET P.	Thérapeutique		RICHARDET J.M.	Pédiatrie
GAUTIER H.	Physiologie		ROLAND J.	Anatomie pathologique
GOUNER M.	Chirurgie infantile		SALAT J.	Caséologie
GUILHET Cl.	Anesthésiologie		SALMON Ch.	Hématologie
GUINARDON G.	Anatomie		SANTARELLI J.	Obstétrique
HERMON D.	Médecine		WARCON H.	Médecine expérimentale
HUGUET Cl.	Chirurgie		WEINMANN S.	Biochimie
HUGUIER M.	Chirurgie			

Enseignants Associés

-:-:-:-:-:-:-:-

Professeur Associé	MM.	BLOCH-MICHEL H.	Rhumatologie
M. B. A. Associé		ELIAKIS Em.	Médecine légale

Enseignants Contractuels

-:-:-:-:-:-:-:-

M. C. A.	M. KIRSCH F.	Physiologie biochimique

Chargés d'Enseignement

-:-:-:-:-:-:-:-

MM.	BENOIST	Rhumatologie	MM.	DUNET	Endocrinologie
	BRUEZIERE	Chirurgie infantile		LOFFREDO	Obstétrique
	CRISTOL	Cardiologie		SALOMON	Rhumatologie

Attachés d'Enseignement

-:-:-:-:-:-:-:-

MM.	CASASSUS	Cardiologie	MM.	HIVET	Chirurgie
	COUVREUR	Thérapeutique		MIGNOT	Neurologie
	DES LAURIERS	Neurologie		SAUVAN	Cardiologie
	GALLOUEDEC	Pneumologie		VANNIER	Pneumologie

A mes Parents

grace a qui j'ai appris le métier
que j'aime.

A ma famille

A mon mari,

A mon fils,

cette thèse leur est dédiée.

A mes amis .

A Monsieur le Professeur BOUVIER

Médecin des Hôpitaux de Paris
Professeur à la Faculté de Médecine
de PARIS,
Chevalier de la Légion d' Honneur .

qui nous a fait l'honneur de signer cette thèse et d'en accepter la présidence .

Au Docteur LECOUTURIER

Chef de Clinique
Assistant des Hôpitaux de Paris

qui nous en a inspiré le sujet .

A Monsieur le Professeur LOYGUE

Doyen de la Faculté de Médecine de
SAINT ANTOINE
Chirurgien des Hôpitaux de Paris .

Aux Maîtres qui nous ont enseigné la Médecine .

- Monsieur le Professeur FAUREL
- Monsieur le Professeur KREISS
- Monsieur le Professeur GRASSET
- Monsieur le Professeur GUILMET
- Monsieur le Docteur GAUDY
- Monsieur le Professeur DUHAMEL
- Monsieur le Docteur DELAUNAY
- Monsieur le Docteur PICARD
- Monsieur le Docteur PROUX
- Monsieur le Professeur LAUGIER

cette thèse nous donne l'occasion de les remercier .

INTRODUCTION

Connue au début du siècle sous le nom d'intestin glacé, auquel les auteurs allemands rattachaient le " foie glacé" ou la " rate glacée " ; la PERITONITE ENCAPSULANTE a été individualisée en 1931 par WILMOTH et PATEL dans leur communication à l'Académie de Chirurgie .

Elle est définie par la présence d'une membrane hyaline ou fibrohyaline de plusieurs millimètres d'épaisseur, enveloppant tout ou partie des viscères abdominaux, leur faisant perdre leur souplesse. Cette coque néoformée, nacrée, ivoirine, adhère ou non aux viscères et au péritoine pariétal, et comporte une structure histologique particulière .

La définition de cette affection rare en Europe est purement anatomique en raison :

- de l'incertitude de son diagnostic, généralement per-opératoire.
- des problèmes étiologiques qu'elle pose.

Ceci nous laisse entrevoir les difficultés de son traitement, fonction de chaque cas .

Après avoir exposé un cas de PERITONITE ENCAPSULANTE observé dans le service du Professeur BOUVIER à l'hôpital Kremlin-Bicêtre, nous nous reporterons à la littérature pour tenter une systématisation des aspects :

- cliniques
- macroscopiques
- histologiques

et étiologiques .

de cette maladie .

-1-

O B S E R V A T I O N

Madame V.... Denise, 44 ans, est hospitalisée le I/12/70 dans le service du Professeur BOUVIER pour :

- altération de l'état général
- et troubles de la marche évoluant depuis environ 6 mois.

Le TABLEAU CLINIQUE

est celui d'une polynévrite d'origine éthylique, avec

- paraplégie flasque périphérique
- troubles trophiques et sensitifs des membres inférieurs, bilatéraux et symétriques
- amyotrophie des loges antéro-externes .

L'EXAMEN note par ailleurs , outre un état dentaire défectueux qui nécessitera plusieurs extractions :

- des oedèmes des membres inférieurs
- une circulation collatérale sur les flancs sans hépatosplénomégalie, sans matité déclive, et la ponction ne ramène pas d'ascite .

Les ANTECEDENTS sont pauvres, hormis :

- une aménorrhée depuis 8 ans
- une fracture de POUTEAU COLLES ancienne

Il n'y a pas d'antécédents tuberculeux et la cuti est négative ainsi que l'intradermoréaction à 10 unités .

Les explorations complémentaires sont en cours quand le TABLEAU se MODIFI brutalement 48 heures plus tard.

par l'apparition de violentes douleurs abdominales accompagnées de nausée.

L'examen retrouve alors une masse abdomino-pelvienne de la taille d'un melon, sensible plus que douloureuse, arrondie, de contour régulier, rénittente et submate .

Cette masse est mobilisable avec le col de l'utérus dont elle est néanmoins séparée par un sillon. Au spéculum le col est épaissi et laisse s'écouler du sang .

La malade est transférée en chirurgie devant l'hypothèse d'une urgence abdominale que l'on soupçonne être un kyste de l'ovaire compliquée .

L'examen plus approfondi de l'abdomen découvre alors la présence d'une ascite, mais la ponction ne ramène que quelques cm^3 d'un liquide trouble :

- Rivalta +
- riche en cellules : polynucléaires = 92 %
  lymphocytes = 5 %
  cellules = 3 %
- glucose = 1,20 g/l
- chlorures = 6,20 g/l
- Protides =36 g/l

dont la culture sera stérile .

Le diagnostic sera posé lors de l'intervention sur la découverte au niveau de la masse palpée, d'un amas d'anses grêles encapsulées .

COMPTE RENDU OPERATOIRE

11-XII-1970, Service du PROFESSEUR FRILEUX
DOCTEUR MAURY
DOCTEUR GUEZ

Médiane sus ombilicale . A l'ouverture du péritoine : pas d'ascite . Il existe une péritonite encapsulante allant de l'angle duodéno-jéjunal, à l'angle iléo-coecal. Tout le grêle est donc compris dans ce sac . Par ailleurs, le colon est entièrement libre; Au niveau de l'étage sus-mésocolique il existe une tannière de fausses membranes anciennes que l'on respecte .
Libération des anses grêles qui sont remises en place, le sac est envoyé en anapath
Appendicectomie. Le foie semble macroscopiquement normal. Paroi plan par plan au nylon, fils sur la peau - photos .

COMPTE RENDU HISTOLOGIQUE

Examen nr. 20 067
PROFESSEUR J . PAILLAS

sac péritonéal :
les lambeaux qui ont été examinés correspondent bien à une membrane péritonéale épaissie .
En bordure on note quelques cellules applaties qui sont très certainement de nature mésothéliale . La membrane elle-même est faite d'un tissu conjonctif assez dense, richement vascularisé, et comportant quelques fibres musculaires métaplasiques .

On n'a vu aucun signe de tuberculose .

Conclusion : il s'agit d'une membrane de péritonite encapsulante .

Les EXAMENS COMPLEMENTAIRES

cf.tableau .
Il faut noter en outre que :

- Radio de poumons et tomographies
- Abdomen sans préparation
- culot urinaire et urographie intra veineuse

sont normaux .

Examens Complémentaires.

		1/XII 1970	2/XII	4/XII	6/XII	28/XII	6/I 1971	7/I	8/I	13/I	19/I
N.F.S	G.R	3 700.000				4.000.000	3.890.000				
	G.B	7.100				10.600	7.700				
	Poly. neutro	74%				84%	79%				
	plaquettes						270.000				
hématocrite		33%	35%	33%	31%	38%	36%				40%
V.S			34/70								
urée sanguine	(g/l)		0,15	0,15	0,15						0,18
glycémie	(g/l)		0,84	0,65	0,92						0,88
T.P			78%								
IONO sanguin	(Meq/l) Na		142	140	141						142
	K		2,4	2,4	2,6						4
	Cl		101	95	94						100
	R.A		30	29,5	34						29,5
	protides		14,5	13	14						16
IONO urinaire	(Meq/24h) Na				3						22
	K				7						8
	Cl				7						28
B.S.P.	15mn (≤ 25%)							0,8 %		14 %	
	45mn (≤ 5%)							0,4 %		4 %	
Bilan hépatique.	index ictérique (15mg/l)			11					9		
	Phosphatases alc (40 UI)			18					20		
	Kunkel-phénol (20-40 UI)			17					48		
	cholestérol T (1,5-2,5 g/l)			1,65					2,35		
	Protides T (60-80 g/l)			59					75		
	Albumine			26					37		
	Globuline			33					38		
	A/G (1,2-1,9)			0,79					0,97		
	Mac Lagan < 10 u			8					13		
	Kunkel Zn < 25 u			19					25		
	Hanger 0			0					+		
	transaminases TGP			114 (30)					25 (25-17)		
Electrophorèse.	Albumine	50									
	α1	5									
	α2	11									
	β	12									
	γ	22									
	Protides g/l	63									

EVOLUTION

Les suites opératoires sont simples :

reprise du transit au 4ème jour
bonne cicatrisation

La malade rentrera bientôt chez elle .

La marche est très améliorée
Les oedèmes de membres inférieurs ont totalement et rapidement disparu.

Nous avons revu Madame V... au mois de Novembre 1971 à son domicile, en bon état général. Nous n'avons pas constaté d'augmentation de volume de l'abdomen. Elle ne souffrait d'aucun trouble digestif .

-II-

Dans la littérature entre 1947 et 1970, nous n'avons pu étudier que 17 cas. En effet, outre les observations relatées dans des revues actuellement introuvables, nombre d'auteurs ont publié en s'appuyant sur une expérience personnelle qu'ils ne nous détaillent pas .

Dans les 17 cas cités, nous regrettons de n'être pas toujours en possession de la totalité des données .

Quoiqu'il en soit :

LE TABLEAU CLINIQUE

est assez remarquablement univoque

- qu'il s'agisse
  - d'un homme (6 cas)
  - ou d'une femme (11 cas)

généralement adultes (mais on retrouve 2 cas observés chez des fillettes de 12 et 13 ans , 1 cas chez une adolescente de 17 ans .)

- dans les antécédents desquels on retrouve parfois la notion de :
  - troubles intestinaux souvent étiquetés " colite "
  - intervention chirurgicale abdominale.

- L'interrogatoire fait ressortir dans la majorité des cas (11) une histoire récente de :
  - troubles digestifs de type subocclusif avec nausées et vomissements .
  - altération de l'état général avec amaigissement.

et dans 3 observations :
  - une augmentation de volume de l'abdomen depuis quelques semaines .

Tous les DIAGNOSTICS ont été PER-OPERATOIRES, c'est pourquoi, nous parlerons des circonstances ayant entraîné l'intervention :

- Il s'agit le plus souvent d'un tableau d'occlusion,généralement à ventre plat, confirmé radiologiquement par la présence de niveaux liquides .
- avec parfois perception d'une tumeur à la palpation, oblongue, aux contours nets, arrondis, et submate à la percussion .
- cette tumeur qui peut être isolée, en impose parfois pour un kyste de l'ovaire (3 cas en plus du nôtre).
- plus rarement c'est un tableau de péritonite par perforation digestive .
- citons 4 des malades de CHARLES en 1947 opérés pour ascite tuberculeuse.

LES SIGNES RADIOLOGIQUES sont bien individualisés associant trois aspects :

- refoulement gastrique au transit gastro-duodénal , et colique au lavement baryté, par la tumeur
- signes de sténose avec images hydro aériques et dilatation sus jacente du duodénum et de l'estomac .
- images denses agglutinées au niveau de la masse tumorale , en imposant parfois pour une tumeur du grêle .

Lors de l' INTERVENTION, le DIAGNOSTIC est posé devant la découverte de la membrane caractéristique .

" anses intestinales non visibles, recouvertes d'une membrane brillante non adhérente au péritoine ."

CHARLES

" Il existe un amas fait de toutes les anses iléales qui sont recroquevillées sur le rachis et comme enveloppées d'un sac lisse blanchâtre , sans que l'on puisse voir en aucun point le mésentère et les vaisseaux "

DOUTRE

" agglomérat de tout le grêle dans une gangue fibreuse "

CHANOINE .

etc ...

CITONS les cas d'ESSAU en 1913, et RIBAS-RIBAS, qui découvrent un intestin réduit dans sa totalité à trois énormes anses ayant l'aspect d'un saucisson. A l'intérieur de ces trois "anses intestinales" se trouve tout l'intestin grêle.

NOTONS que la membrane encapsulante :

- présente des rapports variables avec le péritoine :

  " la membrane encapsulante de l'intestin peut être complètement indépendante du péritoine pariétal; elle peut en être séparée par une couche de liquide ascitique, elle peut être reliée au péritoine pariétal par des tractus collagènes "

  WILMOTH

- s'insère sur :

  le mésentère ou le mésocolon à des niveaux variables , pouvant émettre des prolongements de même nature cloisonnant en compartiments

  plus rarement sur le péritoine pariétal postérieur .

- contient le grêle en partie ou en totalité et peut lui être rattaché par des adhérences lâches ou solides.

- sa topographie peut être plus large, et s'étendre à d'autres organes:

  - Foie
  - Rate
  - surrénales (LECOQ)
  - au même foie, estomac et rate dans le cas de G.POTEZ relaté par WILMOTH
  - appareil génital chez la femme:
    CHARLES décrit 2 cas de périmétrosalpingite encapsulantes .

Dans 8 cas sur 17 de l'ascite est retrouvée à l'intervention :

en plus ou moins grande quantité

parfois sérosanglante

toujours Rivalta +

L'HISTOLOGIE

montre qu'il s'agit d'une construction fibreuse intra peritonéale, et les compte-rendu se ressemblent :

" Fibrose avec métamorphisme-hyalin

DOUTRE

" sur un revètement endothélial applati, feutrage sclerohyalin dense, dans lequel on retrouve des éléments d'inflammation et quelques ilots lymphatiques "

PARIS

" Il s'agit d'une périviscérite fibreuse, épaisse de 2 à 8 mm,ayant soit l'aspect d'un tissu conjonctif richement vascularisé et infiltré de nombreuses cellules inflammatoires, soit d'un tissu sclérohyalin lamellaire pratiquement avasculaire et acellulaire"

ALBOT

" Lames fibrineuses en voie d'organisation fibreuse "

CHANOINE

Les descriptions concordent donc en ce qui concerne les aspects cliniques, radiologiques, macro et microscopiques.

Il n'en est pas de même lorsque l'on aborde :

L' ETIOLOGIE de la péritonite encapsulante :

1 - LA TUBERCULOSE est la première incriminée :

et LEIBOVICI et YOVANOVITCH en 1938 concluaient , après étude de leurs 60 cas personnels :

" La péritonite encapsulante n'est qu'un aspect particulièrement rare de la tuberculose du péritoine "

malheureusement l'histologie ne confirme pas toujours leur hypothèse .

* Certains cas semblent indéniablement relever de cette étiologie :

- CHARLES en 1947 opère 4 malades pour ascite tuberculeuse et découvre des péritonites encapsulantes. Mais s'il nous décrit des " granulations spécifiques " sur le péritoine pariétal, il ne nous communique pas l'histologie .

- PICARD et MOUSSEAU en 1953 consignent le cas d'une jeune malade de 12 ans opérée pour kyste de l'ovaire - L'histologie est formelle .. il s'agit d'une gangue conjonctive épaisse présentant de place en place ... des plages de fibrine nodulaire que l'on voit devenir brusquement des plages de caséum; il s'agit donc là d'une tuberculose exsudative "

" Autour de ces plages apparaissent des cellules géantes de Langhans . Autour enfin apparaissent de haut en bas des bandes de sclérose qui prennent en sandwich la bande centrale de tuberculose folliculaire " .

- MOORGUE MOLINES en 1961 décrit le cas d'un cultivateur de 53 ans opéré pour troubles digestifs et augmentation du volume abdominal (il faut noter à ce propos que c'est le SEUL sujet chez lequel le diagnostic a été évoqué en pré-opératoire)

" à la face profonde du sac membraneux, de nombreuses granulations tuberculeuses sont visibles " ce diagnostic sera confirmé par l'histologie .

- MORIER GENOUD en 1967 expose l'histoire d'une italienne de 40 ans , au long passé digestif opérée pour occlusion intestinale .
L'examen histologique de la coque nacrée semée de granulations suspectes " en confirme la nature bacillaire " sur la base de foyers caséeux typiques avec bordure epithéliale et œllules de Langhans " .

* Mais cette théorie ne peut être généralisée et l'on retrouve dans la littérature des cas de malades chez qui l'étiologie bacillaire a pu être formellement éliminée .

- outre celui de Madame V ... observé dans le service du Professeur BOUVIER où la cuti était négative

- citons ceux de :

PHAM VAN PHUC (1965)

PARIS en 1966, qui fera de plus une inoculation au cobaye sans résultat .

2 - LES TRAUMATISMES

On retrouve dans la littérature nombre de cas survenant après intervention chirurgicale abdominale, qu'il s'agisse :

- d'une gastroentérostomie pour ulcus (GUIPPONI),
- d'une gastrectomie des deux tiers pour ulcus perforé dans le pancréas (GIBEL),
- d'une péritonite encapsulante constituée autour d'un champ opératoire oublié dans l'abdomen (ARNAUD),
- d'une péritonite encapsulante apparue six semaines après arrêt des insufflations chez un tuberculeux porteur d'un pneumopéritoine entretenu (LEGER).

3 - Les INFECTIONS CHRONIQUES spécifiques ou non

- ESSAU et RIBAS retrouveront dans les antécédents de leurs malades la notion de fièvre typhoïde.
- ALBOT invoque le rôle d'une jéjunoileite diffuse chez un malade présentant une longue histoire de jéjunoiléite comme en témoignent :
  . la stéatorrhée,
  . les nombreux transits du grêle,
  . la biopsie du jéjunum
  coexistant deux ans après le début de son évolution avec une atteinte péritonéale aboutissant à la formation d'une péritonite encapsulante.

4 - ENFIN LECOQ EVOQUE LES RAPPORTS POSSIBLES AVEC LA LIPOSCLEROSE chez une malade de 27 ans présentant un processus encapsulant étendu à d'autres organes.

Ceci nous amène à envisager la PATHOGENIE des péritonites encapsulantes :

- L'attitude est assez univoque et a peu évolué depuis WILMOTH et PATEL qui, en 1931, invoquaient une réaction inflammatoire du péritoine, génératrice d'une ascite riche en fibrine. La mem-

brane capsulante résulterait de l'organisation en sédiments de cette fibrine.

- Les auteurs semblent s'accorder pour considérer que le processus encapsulant est la conséquence :
  . de la résorbtion d'une ascite,
  . ou de tout facteur d'irritation chronique.

- Le glaçage périviscéral résulterait donc de l'organisation d'un exsudat fibrineux péritonéal, lui-même consécutif à un épanchement.

L'étude lymphographique d'une observation de J. PARIS ajoute une hypothèse nouvelle, celle d'une affection autonome :

En effet, la lymphographie -pratiquée chez un malade confié pour occlusion au chirurgien qui pose le diagnostic ; traité médicalement ensuite par antibiotiques antituberculeux, puis corticoïdes devant la reprise des signes- montre une participation ganglionnaire plaidant en faveur d'un processus général : "opacification des chaines iliaques externes et iliaque primitive ainsi que des chaines lombaires. La progression de l'huile iodée s'effectue dans les délais normaux, mais les ganglions de l'ensemble des chaines paraissent être le siège d'une hyperplasie modérée mais indiscutable. Ce fait apparaît surtout net pour les ganglions des chaines lombaires".

LE TRAITEMENT

- I - Est essentiellement CHIRURGICAL et ceci par nécessité :

  - La péritonite encapsulante, nous l'avons vu, se manifeste généralement comme une urgence abdominale, qu'il s'agisse d'un kyste de l'ovaire compliqué, d'une péritonite par perforation, ou encore d'une masse abdominale sans étiologie précise, mais dont le cortège de signes fonctionnels ne laisse guère le loisir de pratiquer d'autres types d'explorations.

  - Le diagnostic serait-il connu avant l'intervention qu'elle ne serait pas pour autant récusée, ni même différée. Ce que nous savons de l'effet sténosant de la membrane encapsulante l'explique parfaitement.

TECHNIQUE

- Les auteurs préfèrent, lorsqu'elle est possible, une décortication partielle, ou mieux totale de l'intestin grêle, à une large exérèse dont on connait les conséquences.

- Certains sont partisans d'une intervention de NOBLE ou de CHILS-PHILIPPS (PHAM VAN PHUC) pour écarter les risques d'occlusion sur ces anses qui ont souffert lors de leur décapsulation.

Les suites sont généralement simples et les récidives rares (1 cas).

- I I -

- II - Le traitement MEDICAL vient donc en second qu'il s'agisse :

- d'une thérapeutique antituberculeuse lorsque l'histologie est positive ;
- de médications anti-inflammatoires comme les prescrit PARIS devant la reprise du processus encapsulant chez son malade.

Peut-être un jour prendra-t-il la première place ? Lorsque sera élucidé le problème étiologique, et lorsque les circonstances exactes de la formation de la membrane encapsulante étant connues, il sera possible de traiter préventivement les malades, avant même que ne soient constituées l'occlusion, la masse abdominale, ou toute autre manifestation aigue imposant l'acte chirurgical.

CONCLUSION

- I -

Nous avons exposé le cas d'une malade de 44 ans, hospitalisée dans le service du Professeur BOUVIER pour polynévrite éthylique.

Quarante-huit heures plus tard, le tableau se modifie brutalement, et :

- la constatation d'un syndrome abdominal aigu ;
- la palpation d'une masse abdomino-pelvienne ;

entraînent le transfert de la malade en service de chirurgie.

Le diagnostic de PERITONITE ENCAPSULANTE sera posé en per-opératoire par le chirurgien qui découvrira au niveau de la masse palpée un amas d'anses grêles encapsulées.

- II -

Nous nous sommes reportée à la littérature pour décrire les différents aspects de cette maladie ; nous y avons retrouvé les mêmes difficultés de diagnostic.

Rappelons qu'il s'agit d'une affection rare, dont le début clinique progressif fait d'altération de l'état général avec amaigrissement et troubles digestifs de type occlusifs, fait envisager bien d'autres hypothèses.

Aucun des auteurs cités n'a eu l'occasion à ce stade précoce de pratiquer des investigations complémentaires, hormis ALBOT, dont le malade était suivi et traité médicalement pour jéjunoiléite.

Le laboratoire par ailleurs, n'apporte guère de renseignements en dehors de signes inflammatoires banaux, de la positivité ou de la négativité d'une cuti-réaction, de la formule d'un liquide d'ascite.

L'issue est toujours chirurgicale lorsque s'est constitué le tableau d'une urgence ; et le diagnostic per-opératoire devant la découverte de cette coque nacrée, ivoirine, caractéristique.

- III -

Nous avons insisté sur le problème étiologique non résolu encore que pose la PERITONITE ENCAPSULANTE :

- affection autonome ?
- ou conséquence d'une inflammation chronique du péritoine ?

L'hypothèse d'une origine exclusivement tuberculeuse est actuellement abandonnée, notre cas en est une preuve supplémentaire.

- IV -

Ces problèmes se sont plus particulièrement précisés lorsque nous avons abordé le chapitre de la thérapeutique.

Car si la primeure devrait revenir au traitement médical du fait de la pathogénie invoquée, le geste chirurgical reste au premier plan en raison du contexte clinique.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES CONSULTES

ALBOT G.

Rôle d'une jéjunoiléite diffuse dans la génèse de la Péritonite encapsulante
ANN. GASTROENTEROL HEPATOL - 1970 (Jan.Fév.) - 6 - 1 - 17

CARDILLO D.

Meconiune Peritonitis - Observation of a case of the encapsulating type
RADIOL. MED. (TURIN) - 1963 (Oct.) - 49 - 880 - 6

CHANOINE F.

Péritonite encapsulante - Confrontations radio-anatomo-cliniques
PRESSE MED. (supplé.) - 1962 (7 avril) - 70 - NR 17 - VI - p.57/58

CHARLES J.

Péritonites encapsulantes
PRESSE. MED. - 1947 (29 mars) - 55 - 216 - 8

DOUTRE L.P.

Trois observations de lésions rares : Péritonite encapsulante, sarcome de l'intestin grêle, maladie gélatineuse du péritoine.
BORDEAUX CHIR. - 1962 (Juil) - 3 - 135 - 9

FLEX G.

On peritonitis fibroplastica encapsulata
ZBL CHIR. - 1965 (30 jan.) - 90 - 156 - 63

GEISHOUEL W.

Peritonitis Fibroplastica and similar dipeases
MUNCHEN MED. WSCFC. - 1965 (16 Avril) - 107 - 781 - 4

LAZAR D.

On "genuine" incapsulated duonic peritonitis
ZBL. CHIR. - 1964 (13 juin) - 89 - 899/904

LECOQ M.

Péritonite encapsulante - Ses rapports possibles avec la Lipo-sclérose
THESE MED. PARIS - 70 p. - 1962 - NR 50

MOORGUE MOLINES E.

Un cas de péritonite encapsulante
MEM. ACAD. CHIR. - 1961 (Mai) - 87 - 480 - 2

MORIER-GENOUD J.D.

A propos d'un cas de péritonite encapsulante
GASTROENTEROLOGIE (BALE) - 1967 - 108 - 53/6

PARIS J. & AL

Etude lymphographique d'une observation de péritonite encapsulante
LILLE MED. - 1966 - 11 (10) - 1279/1281

PHAM VAN PHUC, KONIBA

Péritonite encapsulante et opération de CHILDS-PHILIPPS
AFRIQUE MED. - 1965 - 4 - 35 - 669

PICARD R.

Péritonite encapsulante (un cas)
ARCH. MED. APP. DIG. - 1953 (Déc) - 42 - 1384/6

PICARD R. & MOUSSEAU R.

Sur un cas de péritonite encapsulante
1953 - 42 - (12) - 1384/1386

RIBAS E.

Péritonite encapsulante - un cas -
ARCH. MED. APP. DIG. - 1946 (Oct.Nov.) - 35 - 433 - 42

WILMOTH P.

Péritonite encapsulante
PRESSE. MED. - 1938 (5) - 77/80

OUVRAGES NON RETROUVES

BOQUIEM & MOUSSEAU M.

Sur un cas de péritonite encapsulante - Diagnostic clinique et radiologique

ARCH. MED. APP. DIG. - 1953 - 42 - (12) - 1386/1393

BROCQ PATEL & GOSSET

Documents à mettre au dossier de la péritonite encapsulante

LYON CHIRURGICAL - 1945 - p. 153 NR 2

Sur les aspects radiologiques de la péritonite encapsulante

MEM. ACAD. CHIR. - 1944 - 70 NR 9, 10,11 - 129/130

BRONDIN S.

Péritonite encapsulante et opération de NOBLE

MEM. ACAD. CHIR. - 1954 - 80 (12 - 14) - 360

FERRARINI E.

Encapsulating peritonitis - 3 cases

REV. ASS. MED. BRASIL - 1964 (Juil) - 10 - 155/158

GILLET M. & COLL

Peritonitis encapsulans : special radiologic aspects

JOURNAL RADIO. ELECTR. MED. NUCL. - 1970 (Juin/Juil) 51 419/420 (Fre)

KLOCHKOVA G.S.

On the problem of peritonitis duonica fibrosa encapsulans

KHIRUGIIA (MOSCOU) - 1965 (Juin) - 42 - 76/78

LABORIT H.

Péritonite encapsulante - un cas -

REV. MED. NAV. - 1946 - 1 - 39/53

LESTACHE YCABRERA J.G.

Encapsulatid meconium peritonitis

ACTA PEDIATR. ESP. - 1964 (Janv.) - 22 - 50/57

MINTA P.

Peritonitis fibrosa encapsulating

POL. PZGEGLCHIR. - 1965 (Aout) - 37 - 797/798

MEEROFF M.

Encapsulating peritonitis
DRA MED. - 1955 (14 Déc.) - 31 - 2554/8

MERCIER & COLL.

A propos d'un cas de péritonite encapsulante
LYON MEDITER. MED. - 1967 (oct) - 3 - 31

NICAUD

Péritonite encapsulante - un cas -
BULL. MEM. SOC. MED. HOP. PARIS - 1945 - 61 -225 - 32

PERA C.

Peritonitis encapsulans
REV. PED. ESP. - 1962 (mars-avril) - 18 - 167/78

PEZZI A.

True peritonitis chronica encapsulans, with upper jejunal occlusive syndrome
RADIOL. MED. (TORINO) Déc. 1967 - 53 - 1217/38 (Ita)

SCIACCA B.

Membrane encapsulante de l'intestin grêle, péritonite encapsulante
ARCH. ITAL. CHIR. - 1947 - 69 - 1 - 46

SZIAGYL J.

Incapsulating fibroplastic peritonitis complicated by acute appendicitis
ORV. HETIL. - 1967 (31 Déc) - 108 - 2023/24

VILLIGER K.J. & COLL

Abdominal decortication for the treatment of peritonitis fibrosa encapsulans
HELU. CHIR. ACTA - 1966 (Janv) - 33 - 322/31 (GER)

WYRZYKIEWICZ J.

Chronic peritonitis encapsulans diagnosed during gynecological and obstetric surgical intervention
GINEK. POL - 1962 (Mars-avril) - 33 - 285/90

Vu, le Président de Thèse

M; le Professeur BOUVIER

Vu, le Doyen de la Faculté

M. le Docteur LOYGUE

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

R. MALLET

Vu, le Président de Thèse

M. le Professeur BOUVIER

Vu, le Doyen de la Faculté

M. le Docteur LOYEUE

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

R. MALLET